

ЖІНОЧИЙ ЛІКАР™

Науково-практичне видання для практикуючих лікарів
Офіційний друкований орган Асоціації акушерів-гінекологів України

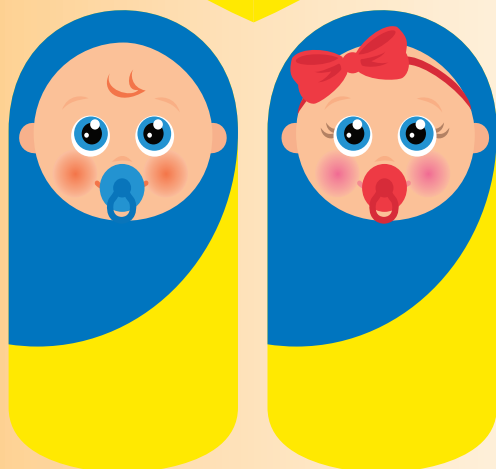


№3 (65) травень–червень 2016

Рік заснування • 2005

СТАТИСТИКА народжуваності

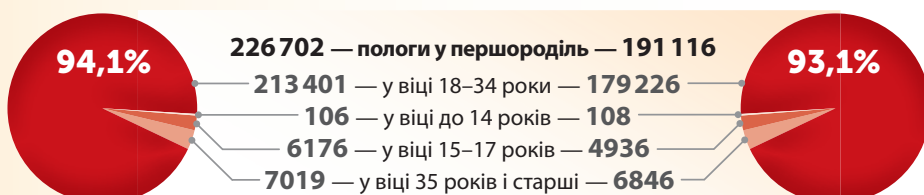
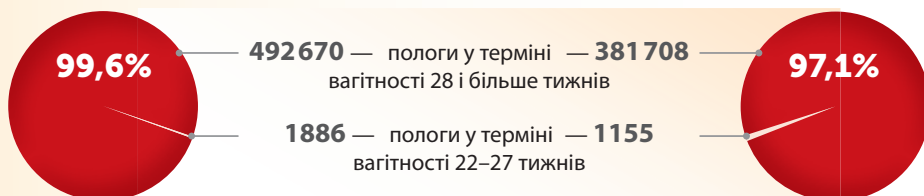
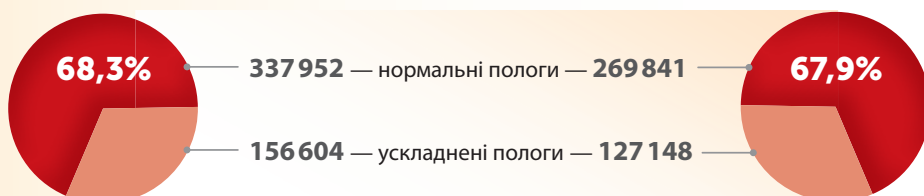
2013/2015



2013

2015

494 556 — загальна кількість пологів — **396 989**



Тільки якісна інформація для успішного лікаря!



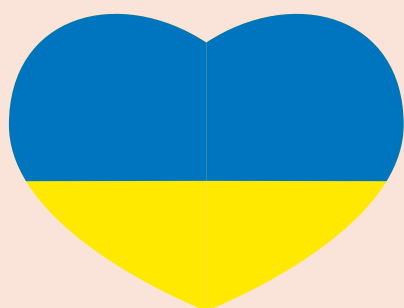
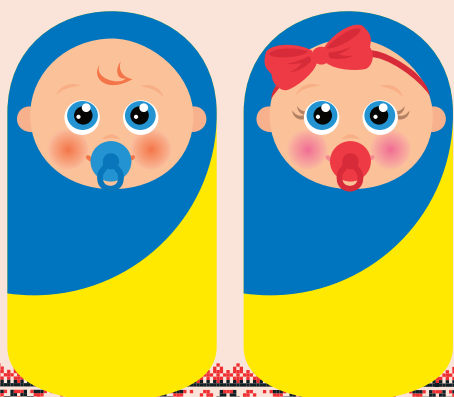
www.z-l.com.ua

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| Драматичне акушерство | Перипартальна кардіоміопатія |
| Досвід колег | Багатоплідна вагітність трійнею |
| Точка зору | КТГ-моніторинг |
| Клінічна лекція | Синдром полікістозних яєчників |
| Редакційний матеріал | Скорочувальна активність матки |



3 (65)
травень-червень 2016

396 989 —
загальна кількість
пологів в Україні
у 2015 р.



ЖІНОЧИЙ ЛІКАР™

Науково-практичне видання для практикуючих лікарів
Офіційний друкований орган Асоціації акушерів-гінекологів України



Зміст

КОЛОНКА РЕДАКТОРА 6

ДРАМАТИЧНЕ АКУШЕРСТВО

В. И. Медведь, С. Н. Янута, А. И. Автотеев, В. В. Марухно, А. С. Шевченко
Дилатационная кардиомиопатия у повторнобеременной женщины,
первично возникшая как перипартальная 8

ПОДІЇ

Жіноче здоров'я і материнство очима професіоналів (продовження) 14

КЛІНІЧНА ЛЕКЦІЯ

О. М. Юзько
Синдром полікістозних яєчників: причини, прояви,
діагностичний пошук і принципи лікування..... 19

С. Б. Чечуга
Время — лучший судья, или Мысли о контрацепции 61

ДОСВІД КОЛЕГ

В. В. Веселовский
Перенос одного эмбриона. Практические аспекты 24

А. Н. Григоренко
Особенности назначения гормональных препаратов
у женщин с дисфункцией яичников и варикозным
расширением вен малого таза 39

Ю. О. Дубоссарська, Л. І. Падалко, Л. Г. Захарченко, О. А. Савельєва
Клінічний випадок при багатоплідній вагітності трійнею:
затримка народження другого і третього плодів..... 56

ІНТЕРВ'Ю

Охорона здоров'я за кордоном: досвід українки в Німеччині 28

ТОЧКА ЗОРУ

С. И. Жук, И. В. Ус, А. А. Шляхтина
КТГ-мониторинг — субъективизм или достоверность
интерпретации результатов метода? 32

М. В. Макаренко, Д. А. Говсеев
Перинатальные центры в Украине: становление, итоги, перспективы..... 36

РЕДАКЦІЙНИЙ МАТЕРІАЛ

Скорочувальна активність матки та її регуляція..... 46

У СВІТІ ЛІКІВ

С. И. Жук, Ю. Н. Мельник
Синдром поликистозных яичников — необходимы перемены..... 51

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

В. М. Антонюк-Кисіль, В. М. Єнікеєва, С. І. Лічнер, В. М. Липний
Хірургічне лікування прогресуючого варикозного
розширення вен статевих губ і промежини у вагітних
(огляд літератури і власні дослідження)..... 67

Клінічний випадок при багатоплідній вагітності трійнею: затримка народження другого і третього плодів

Ю. О. Дубоссарська¹, Л. І. Падалко², Л. Г. Захарченко², О. А. Савельєва²

1 Кафедра акушерства, гінекології та перинатології факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

2 Комунальний заклад «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром Дніпропетровської обласної ради»

Резюме

У статті описано клінічний випадок вагінальних пологів у першороділлі 24 років із затримкою народження другого і третього плодів при спонтанній багатоплідній вагітності дихоріальною триамніотичною трійнею в умовах перинатального центру III рівня надання медичної допомоги. Після передчасних пологів у 27 тижнів і 5 діб гестації першим плодом для зниження перинатальної захворюваності та смертності ще двох плодів, які залишилися у матці, за інформованої згоди жінки, передчасні пологи другим і третім плодами відбулися з інтервалом у 38 днів у 33 тижні і 1 добу гестації. Проводився ретельний моніторинг стану матері та плодів. Для збільшення інтервалу між народженням першого плода та другого і третього плодів, запобігання акушерським і перинатальним ускладненням використовували токоліз, антибактеріальні препарати, прогестерон, профілактику респіраторного дистрес-синдрому новонароджених кортикостероїдами і постільний режим. Три дівчинки народилися живими з вагою 980, 1800 і 1950 г, відповідно. Пологи ускладнилися розривом промежини другого ступеня і затримкою плаценти та плідних оболонок, післяпологовий період був неускладненим. Через 1,5 місяця всі немовлята у задовільному стані з вагою понад 3000 г виписані разом із матір'ю додому.

Ключові слова: багатоплідна вагітність, трійня, затримка народження другого і третього плодів, передчасні пологи.

CASE REPORT IN MULTIPLE PREGNANCY TRIPLET: DELAYED INTERVAL DELIVERY OF THE SECOND AND THIRD FETUSES

Y. Dubossarskaya¹, L. Padalko², L. Zakharchenko², E. Saveliyeva²

1 Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Postgraduate Education of the State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"

2 Public Institution "Dnipropetrovsk regional perinatal center with a hospital of Dnipropetrovsk Regional Council"

Resume

This article describes a clinical case of vaginal delivery in nulliparous women 24 years old delayed interval delivery of the second and third fetuses in spontaneous multiple pregnancy dichorionic triamniotic triplet in a tertiary perinatal center. After preterm delivery in 27+5 weeks of gestation the first fetus to reduce perinatal morbidity and mortality of two fetuses that are left in the uterus, with informed consent of the woman preterm delivery the second and third fetuses occurred at intervals of 38 days, in 33+1 weeks of gestation. Careful monitoring of the state of the mother and fetuses was conducted. To increase the interval between the birth of the first fetus and the second and the third fetuses, prevention of obstetric and perinatal complications used tocolysis, antibiotics, progesterone, prevention of respiratory distress syndrome of the newborn by corticosteroids and bed rest. Three girls were born alive with a weight of 980, 1800 and 1950 grams correspondingly. Childbirth complicated second degree perineal laceration and retained portions of placenta and membranes, puerperal period was uneventful. After 1.5 months, all infants discharged with her mother in a satisfactory condition with a weight of more than 3000 grams.

Key words: multiple pregnancy, triplet pregnancy, delayed interval delivery in triplet pregnancy, preterm delivery.

“Мистецтво рухати прогрес полягає в тому, щоб зберігати порядок, здійснюючи зміни, і здійснювати зміни, зберігаючи порядок.”

Альфред Норт Уайтхед

В останні десятиліття спостерігається значне збільшення багатоплідної вагітності, що переважно пов'язано з використанням допоміжних репродуктивних технологій та збільшенням

віку матерів. Багатоплідна вагітність призводить до ризику виникнення перинатальних та післяпологових ускладнень як для матерів, так і для немовлят [1–9]. Незважаючи на зна-

чні успіхи у виходжуванні глибоко недоношених дітей у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених, ці немовлята, як і раніше, мають значно вищий ризик смертності та за-



хворюваності, ніж при одноплідній вагітності. Перинатальна смертність у розвинених країнах пов'язана переважно з гестаційним віком і коливається від 47 до 120 випадків на 1000 народжень для близнюків та від 93 до 203 випадків на 1000 народжень для трійнят [7]. Основні неонатальні ускладнення цих вагітностей є результатом недоношеності. У 97 випадках з довгостроковим періодом спостереження [4] найбільш частими неонатальними ускладненнями були ретинопатія (62%), сепсис (42%), відкрита артеріальна протока (39%), внутрішньопушечковий крововилив (37%) і хвороба гіалінових мембран (26%).

Обов'язкове, практично одночасне (з інтервалом до 30 хвилин) народження всіх дітей при багатоплідній вагітності [2] стало прямим наслідком розвитку акушерської моделі ХХ століття, проте фахівці минулого та сучасні іноземні наукові публікації констатують суттєво іншу часову послідовність подій: між народженням першого та наступних плодів іноді минають дні, тижні, і навіть місяці [1, 3, 6]. Затримкою народження плодів при багатоплідній вагітності вважається такий випадок, коли один або кілька плодів народжуються вагінальним шляхом, а решта утримується в матці, що має окремий шифр О63.2 у Міжнародній статистичній класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду. Наприклад, клінічний випадок тривалого інтервалу народження близнюків протягом 44 днів при багатоплідній вагітності описаний J. Carson ще 1880 р. [4, 7]. Тривалість внутрішньоутробного перебування ненароджених плодів у матці після народження першої дитини є одним з найважливіших факторів, що впливають на результати у новонароджених при передчасних пологах. За даними різних авторів описана затримка при народженні двієнь і трієнь від 2 до 158 діб [3, 6]. Затримка народження на 2 або більше днів при передчасних пологах у новонароджених, які народилися до 30 тижнів вагітності, асоціюється з зниженням перинатальної смертності і захворюваності та з більшою вагою немовляти при народженні [4, 7].

Клінічний випадок

Першовагітна О., 24 років, з дихоріальною триамніотичною трійнею була доставлена 13 квітня 2015 р. каретою швидкої медичної допомоги і госпіталізована до Комунального закладу «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром» у терміні вагітності 27 тижнів 2 доби зі скаргами на відходження світлих навколоплідних вод першого плода і тривалістю безводного проміжку 3 години 45 хвилин. Після огляду шийки матки у дзеркалах і підтвердження наявності елементів навколоплідних вод при мікроскопічному дослідженні виділень з піхви, згідно з клінічним протоколом «Передчасний розрив плодових оболонок» наказу МОЗ України від 29.12.2005 р. № 782, враховуючи задовільний стан матері і плодів, відсутність ознак хоріоамніоніту та показань для ургентного розродження, обрано вичікувальну тактику ведення. Призначено токоліз антагоністами кальцію (ніфедипін перорально), мікронізований прогестерон, антибактеріальну терапію цефалоспоринами у стандартних дозуваннях. Антенатальну профілактику респіраторного дистрес-синдрому новонароджених проведено внутрішньом'язовим введенням препарату дексаметазон по 6 мг з інтервалом 12 годин, на курс 24 мг.

При ультразвуковому дослідженні з'ясовано, що при дихоріальній триамніотичній трійні першій плід мав окрему плаценту, яка розташовувалася по задній стінці матки, другий і третій плоди мали спільну плаценту, що розміщувалася по передній стінці і у дні матки. Усі три плоди жіночої статі, перебували у повздовжньому положенні, головному передлежанні. Кількість навколоплідних вод першого плода була зниженою, вертикальний розмір навколоплідних вод становив 28 мм, а кількість навколоплідних вод другого і третього плодів відповідала терміну вагітності.

При вивченні акушерсько-гінекологічного анамнезу встановлено, що менархе настало у 13 років, менструації по 4–5 днів, через 28 днів, регулярні, помірні, безболісні. Гінекологічні захворювання — ерозія шийки матки (консервативне лікування 2010 р.).

Пацієнтка завагітніла спонтанно, без використання медикаментів для стимуляції овуляції. Перебіг даної вагітності трійнею був ускладненим: загроза мимовільного переривання з 7 до 9 тижнів вагітності, гостра респіраторна вірусна інфекція у терміні 11–12 тижнів з амбулаторним лікуванням, гестаційний пієлонефрит у терміні 21 тиждень вагітності зі стаціонарним лікуванням, залізодефіцитна анемія середнього ступеня.

Соматичний анамнез — перенесені дитячі інфекції (вітряна віспа, кір), гострі респіраторні вірусні інфекції, хронічний тонзиліт, хронічний ринофарингіт, травматичний артрит лівого колінного суглоба.

У сімейному анамнезі у жінки були двійні з материнського і батьківського боку.

Через 2 доби після надходження до стаціонару, 15 квітня 2015 р. у жінки виник переймоподібний біль унизу живота. Незважаючи на проведення відповідно до клінічного протоколу «Передчасні пологи» наказу МОЗ України від 03.11.2008 р. № 624 токолізу внутрішньовенною інфузією бетасимпатоміметиків (гініпрал), відбулися передчасні вагінальні пологи першим плодом із трійні. 16 квітня 2015 р. о 16:34 народилася жива недоношена дівчинка у головному передлежанні вагою 980 г, на зріст 34 см і оцінкою за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилинах життя 3 та 4 бали відповідно, яку було переведено до відділення реанімації новонароджених. Безводний проміжок становив 89 годин і 34 хвилини. Після народження першого плода з трійні пологова діяльність припинилася, його пуповина була перев'язана на рівні шийки матки двома шовковими лігатурами. Плацента першого плода не виділилася.

Проведено ультразвукове дослідження двох плодів, які залишилися в матці. За даними доплерометрії кровотоку в артеріях пуповин другого і третього плодів, їх стан оцінено як задовільний (систолю-діастолічні відношення становили 3,3 і 3,2, а індекси резистентності — 0,68 і 0,65 відповідно). Враховуючи наявність окремої плаценти другого і третього плодів, відсутність пологової діяльності та кровотечі, за-



довільний стан жінки та плодів, цілі плідні міхури другого і третього плодів, консиліумом за інформованої згоди жінки прийнято рішення про спробу пролонгування вагітності під динамічним клініко-лабораторним та інструментальним контролем стану жінки і двох залишених у матці плодів з трійні. Продовжено антибактеріальну терапію цефалоспоринами, застосування мікронізованого прогестерону, антианемічну терапію у стандартних дозуваннях, постільний режим переважно у положенні Тренделенбурга.

23 квітня 2015 р. у консиліумі щодо можливості подальшого пролонгування вагітності взяв участь головний позаштатний спеціаліст МОЗ України за фахом «Акушерство і гінекологія», доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України В. В. Камінський.

Протягом 37 діб загальний стан жінки, стан другого та третього плодів з трійні, за даними аускультативної серцебиття плодів, актографії, біофізичного профілю, доплерометрії кровотоку в артеріях пуповин, залишався задовільним. Показники термометрії, пульсу, артеріального тиску, загального аналізу крові (кількість лейкоцитів, паличкоядерних нейтрофілів), коагулограми, бактеріоскопічного та бактеріологічного досліджень виділень з цервікального каналу, піхви та сечі, рівні гострофазових показників (С-реактивного протеїну і прокальцитоніну) не перевищували референтних значень. Ознак відшарування плаценти першого плода і хоріоамніоніту не спостерігалось. Після закінчення антибактеріальної терапії продовжили планове лікування препаратами прогестерону, антианемічну терапію у стандартних дозах, постільний режим.

23 травня 2015 р. о 20:30 жінка поскаржилася на відходження світлих навколоплідних вод другого плода з трійні, консиліумом прийнято рішення про завершення вагітності. 24 травня 2015 р. розпочалася пологова діяльність, о 20:00 у задньому виді потиличного передлежання народилася друга недоношена дівчинка вагою 1800 г, на зріст 40 см і оцінкою за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилині 6 та 6 балів відповідно. Після народження другої дитини проведено внутрішнє

акушерське дослідження та амніотомію третього плода. Через 8 хвилин, о 20:08 у задньому виді передньоголового передлежання народилася третя недоношена дівчинка вагою 1950 г, на зріст 42 см, з обвиттям пуповини навколо шиї та тулуба, з оцінкою за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилині 6 та 6 балів відповідно. Період вигнання ускладнився розривом промежини другого ступеня. Недоношених немовлят переведено до відділення реанімації новонароджених.

Для попередження акушерської кровотечі за інформованої згоди жінки розпочато активне ведення III періоду пологів, проте за 20 хвилин без ознак відділення посліду виникли кров'янисті виділення з пологових шляхів зі згустками загальною кількістю 300 мл, що тривали. Встановлено діагноз: затримка частин плаценти і плідних оболонок, під внутрішньовенним знеболенням проведено ручне відділення та видалення посліду, відновлення цілісності промежини. Загальна крововтрата становила 700 мл. Проведення утеротонічної та інфузій-

но-трансфузійної терапії відповідало клінічному протоколу «Акушерські кровотечі» наказу МОЗ України від 24.03.2014 р. № 205.

Післяпологовий період був неускладненим, тому 2 червня 2015 р., на 9 добу після пологів породілля з рекомендаціями переведена разом з дітьми до відділення післяінтенсивного догляду та виходжування новонароджених Комунального закладу «Дніпропетровський обласний перинатальний центр зі стаціонаром» для подальшого спостереження і виходжування трьох недоношених немовлят. Через місяць, 2 липня 2015 р., породілля разом з трьома дочками у постконцептуальному віці 38 тижнів виписані зі стаціонару додому у задовільному стані (табл.).

Висновки

Кожний випадок затримки народження плодів при багатоплідній вагітності є унікальною клінічною ситуацією, яку необхідно розглядати консиліумом акушерів-гінекологів і неонатологів з

Таблиця. Параметри новонароджених залежно від терміну гестації

Параметр	Перша дівчинка Ликерія	Друга дівчинка Стефанія	Третя дівчинка Злата
Термін гестації при народженні	27 тижнів і 5 днів	33 тижні і 1 доба	33 тижні і 1 доба
Оцінка за шкалою Апгар на 1 і 5 хвилині життя, балів	3 та 4	6 та 6	6 та 6
Антропометрія при народженні			
Вага, г	980	1800	1950
Зріст, см	34	40	42
Окружність голови, см	23	31	33
Окружність грудей, см	24	30	32
Антропометрія при виписці зі стаціонару			
Вага, г	3060	3100	3600
Зріст, см	46	46	48
Окружність голови, см	33	35	37
Окружність грудей, см	33	33	33
Тривалість перебування у стаціонарі після народження, в тому числі у відділенні реанімації новонароджених, ліжко-дні	76 (33)	38 (7)	38 (7)
Неонатальні ускладнення	<ul style="list-style-type: none"> • ретинопатія недоношених, активна фаза III стадія + хвороба лівого ока, I-II стадія правого ока; коагуляція сітківки лівого ока • відкрита артеріальна протока 		—



прийняттям максимально виваженого рішення залежно від можливого ризику для матері та немовлят, побажань батьків та наявних протипоказань [3–8]. Моніторинг таких вагітностей включає виявлення ознак хоріоамніоніту, дистресу плода, передчасних пологів, відшарування плаценти і порушення згортання крові матері [3, 4, 7].

У роботі Kalchbrenner (1998) представлено чотири критерії для оцінки можливості затримки народження плодів при багатоплідній вагітності [7]. Усі пацієнтки, які відповідають цим критеріям, вважаються прийнятними кандидатами:

1) багатоплідна вагітність з народженням першого плода вагінальним

шляхом у терміні від 18 до 28 тижнів гестації;

- 2) діамніотична вагітність першого народженого плода і плода або плодів, які залишаються у матці;
- 3) цілий плідний міхур плода або цілі плідні міхури плодів, які залишаються у матці;
- 4) відсутність ознак дистресу плода, відшарування плаценти, хоріоамніоніту або інших показань для термінового розродження.

Монохоріальна вагітність не є протипоказанням для спроби затримки народження другого плода [4]. У нашому клінічному випадку всі вищеперераховані критерії були виконані.

Щоб затримати народження наступного плода (плодів) при багатоплідній вагітності, використовують консервативні методи лікування (рис.), включаючи профілактичне призначення антибіотиків (95–98%), токоліз (70–94%), кортикостероїди (з 24 тижнів вагітності — 96%), цервікальний серкляж (59–62%), перев'язування пуповини народженого плода на рівні шийки матки, госпіталізацію з постільним режимом і профілактичне призначення антикоагулянтної терапії [4, 5]. Використання серкляжу шийки матки є дискусійним через ризик хоріоамніоніту і передчасного розриву плідних оболонок, ця процедура також може стимулювати скорочення матки [3–5]. В описаному клінічному випадку ми теж не

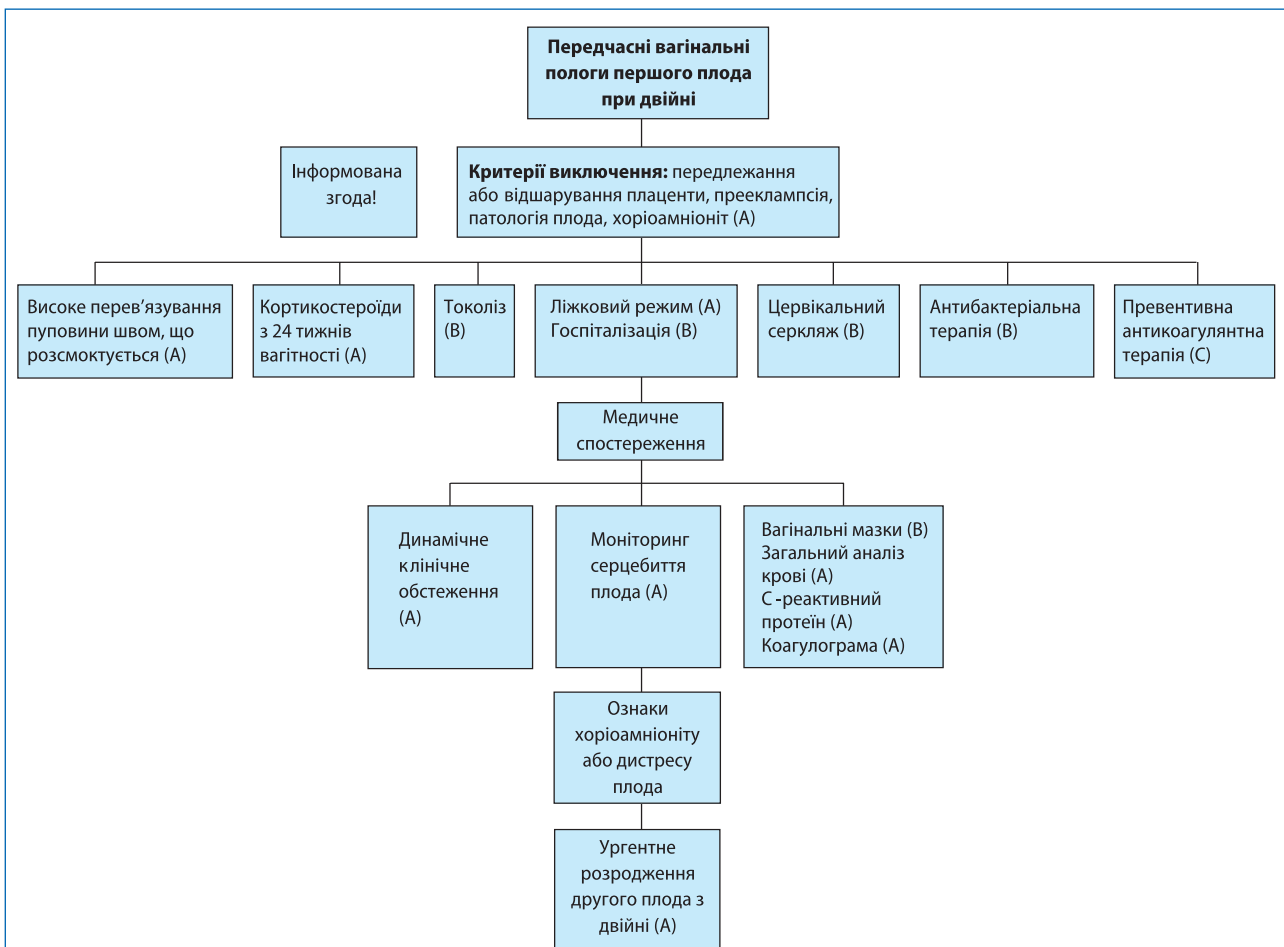


Рис. Дерево прийняття рішень при менеджменті затримки народження плода при багатоплідній вагітності за даними доказової медицини [Tran P. L. et al., 2015]

(А) — ступінь рекомендацій А ґрунтується на 1 рівні доказів (мета-аналіз, рандомізовані контрольовані дослідження або, щонайменше, одне рандомізоване контрольоване дослідження),

(В) — оцінка рекомендацій В на основі 2 рівня доказів (принаймні одне контрольоване дослідження без рандомізації) або екстраполяція рекомендацій 1-го рівня доказів,

(С) — ступінь рекомендацій С на основі 3 рівня доказів (від неекспериментальних описових досліджень, таких як порівняльні дослідження, кореляційні дослідження і дослідження випадок-контроль), або екстраполяція рекомендацій 1 і 2 рівня доказів.



використовували серкляж. Утім, деякі дослідники [8] повідомляли, що у випадках, коли цервікальний серкляж рідко використовувався, інтервал між народженням дітей при багатоплідній вагітності був коротшим порівняно з дослідженнями, де систематично використовували серкляж без істотного збільшення ризику внутрішньоутробної інфекції.

На підставі великої кількості досліджень установлено, що затримка народження плодів при багатоплідній вагітності не лише зменшує перинатальну захворюваність і смертність, а й значно знижує витрати, пов'язані з неонатальною інтенсивною терапією [9]. Зокрема, в нашому клінічному випадку тривалість перебування у відділенні реанімації новонароджених першого немовляти становила 33 ліжко-дні, а другої та третьої дівчаток з трійні — лише 7 ліжко-днів, що мало значний економічний ефект.

На нашу думку, внесення до наказу МОЗ України від 08.04.2015 р. №205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю» та до клінічного протоколу «Передчасні пологи» наказу МОЗ України від 03.11.2008 р. №624 нового розділу щодо збільшення оптимального інтервалу між народженням плодів понад 30 хвилин при

передчасних пологах і можливості затримки народження плодів при двійні та трійні на основі нових доказових даних забезпечить другий та третій плоди, які залишаться в матці, шансами на подальший розвиток в ідеальних для цього умовах — природному інкубаторі *in utero*, а лікарів акушерів-гінекологів України — юридичною підтримкою та дозволить суттєво знизити показники перинатальної захворюваності та смертності при багатоплідній вагітності без підвищення ризику несприятливих наслідків для матерів.

Оцінка можливості пролонгування вагітності і затримки народження плодів при багатоплідній вагітності є складним завданням для акушерів-гінекологів і неонатологів, важливо забезпечити континуум інтенсивної терапії для матері, плода та новонародженого в перинатальних центрах III рівня медичної допомоги, щоб поліпшити короткострокові та довгострокові результати.

Література

1. Новый раздел для протокола «Преждевременные роды» / Ю. Э. Доброхотова, П. А. Кузнецов, А. В. Щукина [и др.] // Status Praesens. — 2015. — № 2 (25). — С. 119–122.
2. Наказ МОЗ України від 08.04.2015 р. №205 «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги жінкам з багатоплідною вагітністю».
3. Arabin B. Delayed-interval delivery in twin and triplet pregnancies: 17 years of experience in 1 perinatal center / B. Arabin, J. van Eyck // Am. J. Obst. Gynecol. — 2009. — Vol. 200, N 2. — P. 154.e1–154.e8.
4. Delayed-Interval Delivery in Multifetal Pregnancy: A Review and Guidelines for Management / P. L. Tran, C. Desveaux, G. Barau [et al.] // Gynecol. Obstet. (Sunnyvale). — 2015. — Vol. 5, N 11. — P. 333.
5. Delayed interval delivery of the second twin: obstetric management, neonatal outcomes, and 2-year follow-up / P. Padilla-Iserte, J. M. Vila-Vives, B. Ferri [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. India. — 2014. — Vol. 64, N 5. — P. 344–348.
6. García-Benitez C. Q. Asynchronous birth in twin pregnancy. Literature review and case report / C. Q. García-Benitez, J. Cevallos Bustillos, H. Ortiz Reyes // Gynecol. Obstet. Mex. — 2012. — Vol. 80, N 2. — P. 91–94.
7. Neonatal Outcome from Triplet Interval Delayed Delivery: A Case Report / M. Lachowska, D. Paluszynska, T. Fuchs [et al.] // Case Reports in Obstetrics and Gynecology. — 2013. — Article ID 451360. — 4 p.
8. Obstetric and neonatal outcomes of delayed interval delivery in cerclage and non-cerclage cases: an analysis of 20 multiple pregnancies / E. Doger, Y. Cakiroglu, Y. Ceylan [et al.] // J. Obstet. Gynaecol. Res. — 2014. — Vol. 40, N 7. — P. 1853–1861.
9. Preterm birth in singleton and multiple pregnancies: evaluation of costs and perinatal outcomes / G. J. van Baaren, M. J. C. S. Peelen, E. Schuit [et al.] // Eur. J. Obst. & Gynecol. Reprod. Biol. — 2015. — Vol. 186. — P. 34–41.

7-ма КОНФЕРЕНЦІЯ З ОНКОЛОГІЇ АМЕРИКАНСЬКИХ КОНТИНЕНТІВ

сучасний стан і майбутнє протиракової таргетної терапії

5-6 жовтня 2017 р.
Буенос-Айрес,
Аргентина

www.oncologyconferences.com.ar